

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2017

Carta nº: 10911369

A/C: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170227972 ASL-0156043/17

**Vitima:** LUCIANO GONCALVES PEREIRA

**Data Acidente:** 20/11/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** DAMIAO GOMES DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2017

Carta n°: 11021101

A/C: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

**Sinistro:** 3170227972 ASL-0156043/17  
**Vitima:** LUCIANO GONCALVES PEREIRA  
**Data Acidente:** 20/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DAMIAO GOMES DA SILVA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: LUCIANO GONCALVES PEREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003587**

**Conta: 000009721-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 00000009721-0

---

Nr. da Autenticação B1D5322540E20B1D

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170227972      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO GONCALVES PEREIRA      **Data do acidente:** 20/11/2016      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIFICULDADE PARA O USO PLENO DO PÉ ESQUERDO E EDEMA RESIDUAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM REDUÇÃO DA FRATURA E IMOBILIZAÇÃO COM GESSO POR 37 DIAS E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.  
NÃO HÁ COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joaquim Freitas Diogo

**CRM do médico:** 8133

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

